

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

42926
Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

8528

Société :

RAH

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

MEHLAHI

AFAF

Date de naissance :

17-01-1967

Adresse :

08 Rue El Menzahi - 1000 -

Tél. :

066518N27 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

06 OCT. 2020

Nom et prénom du malade :

Agé :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



Décompte de Remboursement

Maladie-Maternité

AFF : / -

CONTRACTANTE : FIRST REST INTERNATIONAL MC DONALD S
 NOM DE L'ASSURE : DIRAI KHALID
 BENEFICIAIRE : DIRAI KHALID
 DECLARATION N° : 16671744 /

/ 792031/

CONTRAT N° 9165 60 / 279000

CERTIFICAT N° 1945484

MATRICULE : 90004

DATE DE LA DECLARATION : 20/07/2020

DATE DE REMBOURSEMENT : 09/09/2020

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYÉ	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMBOURSEMENT
5	Consultation spécialiste	300.00		300.00		85%	255.00
15	Pharmacie	314.60		314.60		85%	267.41
TOTAUX		614.60		614.60			522.41

OBSERVATIONS :

الدكتور عبد الله مورتاقى

إخصاصي في الأمراض الجلدية والتتناسلية

أمراض الجلد عند الأطفال

جراحة الجلد والأظافر

زرع الشعر

طب التجميل بالليزر

طبيب داخلي سابق بمستشفى ليل

رئيس سابق باطمانتشفي الجامعي نتسى

مساعد سابق بمستشفى بروكسل

طبيب سابق بمستشفيات العسكرية

عضو بالجمعية الفرنسية للأمراض الجلدية

Sexuellement
Transmissible Dermatologie pédiatrique

Chirurgie de la peau et des ongles

Greffé des cheveux

Cosmétologie - Laser



Ancien Interne du CHU de Lille

Ancien Chef de Clinique du CHU de Nancy

Ancien Assistant du CHU de Bruxelles

Ancien Médecin des Hôpitaux militaires

Membre de la société Française de Dermatologie

Casablanca, le

20/07/2010

الدار البيضاء، في

Dr Abdellah Mourtaky

45.2

1/11 ylostur cr

15% u net cream

11,

30-

Lotion 100

115.0-

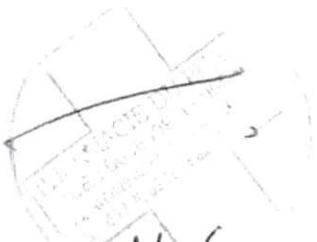
1/11 u net cream 10%

75.4-

Dynazel 10% 24+9
gel mm 11+3 ml

Abdellah Mourtaky
Venerologue
N° 100 Avenue Hassan II
Casablanca 10000
Téléphone : 05 22 49 15 85
Mobile : 05 22 20 92 80

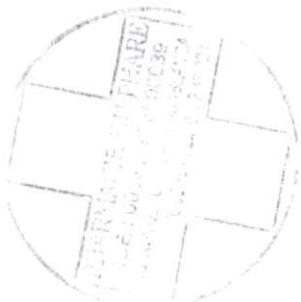
49-



3146

Dylo dem par
A. Ichun

DR Abdellah MORTAKI
Dermato-Venereologue
131 Bd Abdelmoumen, 3eme étage M° 10 - Casablanca
Tel: 05 22 20 92 80 Fax: 05 22 23 13 57
INAEF 05 16 31 06





DECLARATION DE MALADIE : 16671744

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation : Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré KHALED DIBAZI

Type de déclaration Médical Dentaire Optique

Total des frais engagés : 614.60

Cachet du médecin :

Dr Abdellah MOATAZI
Vétérinaire et Chirurgien
Spécialiste en Médecine Vétérinaire
et Chirurgie animale

Date de la consultation : 28/09/2016

Nom et prénom du malade : DIBAZI KHALID Age 15 Ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : L'Affection Dermatologique

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

Signature de l'assuré

DECLARATION

CONTRAT N°

NOM DU MALADE

DATE DE CONSULTATION

16671744

CERTIFICAT N°

